

Returadresser:

 Lokaltapiola-gruppen
 Ersättningstjänsten för personskador i trafik
 lhk@lahitapiola.fi

 Lokaltapiola-gruppen
 Ersättningstjänsten för arbetsolycksfallsförsäkring
 yrittysten.henkilovahingot@lahitapiola.fi

Skadenummer

Rehabiliterings- klient	Namn		Personbeteckning
Företag	Företagets namn		
	Kontaktperson på arbetsplatsen	Telefon/e-post	
Arbetsprövning/ arbetsträning	Starttidpunkt	Sluttidpunkt	
	Arbetsuppgifter under arbetsprövningen		
	Vilka arbetsuppgifter gick bra att utföra?		
	Kom det under arbetsprövningen fram sådana ärenden som hindrade eller försvårade utförandet av överenskomna uppgifter?		
	Arbets tid per dag	Arbets tid per vecka	
	Eventuella frånvaron under arbetsprövningen och deras orsak		
Hälsotillstånd	Inverkade rehabiliteringsklientens hälsotillstånd på arbetsprestationen?		
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Utredning av hur		
Fortsatta planer	Kan personen på basis av arbetsprövningen arbeta?		
	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Inte alls		
	Fortsatta åtgärder för arbetsprövningen		
	<input type="checkbox"/> Anställningsförhållandet fortsätter <input type="checkbox"/> Bara avtalad arbetsprövning verkställdes <input type="checkbox"/> Tilläggsutbildning behövs för att personen ska sysselsätta sig		
Plan om fortsatta åtgärder			
Tilläggsuppgifter	Annat som kommit fram under arbetsprövningen		
Underskrift	Ort och datum		
	Underskrift av företagets representant		